

1. **Röker du**
 - a. Nej, har aldrig rökt
 - b. Ja, jag röker dagligen
 - c. Ja, jag röker ibland
 - d. Tidigare, men inte nu
2. **Om du röker/rökt: Hur mycket och hur länge**
 - a. Jag har aldrig rökt
 - b. cigaretter/dag under år
3. **Snusar du**
 - a. Nej, jag har aldrig snusat
 - b. Ja, jag snusar
 - c. Ja, jag snusar ibland
 - d. Tidigare, men inte nu
4. **Om du snusar/snusat: Hur mycket och hur länge**
 - a. Jag har aldrig snusat
 - b. dosa/dosor per dag under år
5. **Besöker du tandvården regelbundet**
 - a. Ja
 - b. Bara om jag har besvär
 - c. Nej, jag besöker inte tandvården regelbundet
6. **Mitt senaste besök hos**
 - a. Tandläkare var för mån/år sedan
 - b. Tandhygienist var för mån/år sedan
7. **Har du besökt tandvården akut de sista två åren**
 - a. Ja, ... gång/gångar
 - b. Nej
8. **Har du undersökts av tandvården de senaste två åren (annat än ev. akutbesök)**
Kryssa det mest lämpliga
 - a. Ja
 - b. Nej, det har inte blivit av
 - c. Nej, jag skulle velat men har inte haft råd
 - d. Nej, tycker inte att jag haft behov
 - e. Annan orsak.....
9. **Kontaktar du då tandvården om du har tandbesvär**
 - a. Har inte haft tandbesvär
 - b. Alltid
 - c. Ofta
 - d. Ibland
 - e. Sällan /Aldrig
10. **Om du inte sökt tandvård trots besvär: Varför har du inte gjort det**
Ringa in ett eller flera alternativ
 - a. Har inte haft besvär
 - b. Har inte haft tid själv
 - c. Besvären försvann
 - d. Min ätstörning tar mycket tid
 - e. Har inte haft råd
 - f. Kändes inte viktigt
 - g. Har inte blivit av
 - h. Jag undviker tandvård
 - i. Är rädd
11. **Upplever du dig själv som tandvårdsrädd**
 - a. Ja, lite
 - b. Ja, mycket
 - c. Nej
12. **Var du tandvårdsrädd som barn**
 - a. Ja
 - b. Nej
13. **Om du är tandvårdsrädd: Varför?**
Ringa in ett eller flera alternativ
 - a. Jag är inte tandvårdsrädd
 - b. Jag är rädd för att det ska göra ont
 - c. Jag är rädd för sprutor
 - d. Jag är rädd för att tandläkaren ska hitta något fel
 - e. Jag är rädd för att tandläkaren ska se att jag har en ätstörning
 - f. Jag är rädd för att det ska kosta pengar
 - g. Jag vet inte vad som ska hända
 - h. Annat:.....
14. **Tycker du att tandvården kunnat ge dig den hjälp du behöver**
 - a. Har inte sökt och inte haft behov av hjälp
 - b. Har trots tandbesvär inte sökt hjälp
 - c. Ja, jag har fått den hjälp jag behöver
 - d. Ja, men jag har inte haft råd att betala undersökning
 - e. Ja, men jag har inte haft råd med föreslagen tandvård
 - f. Nej, jag har inte fått den hjälp jag behöver
 - g. Tandvården har inte kunnat erbjuda tider
 - h. Annat:.....
15. **Är du under tandbehandling nu**
 - a. Ja
 - b. Nej, men jag väntar på att bli kallad
 - c. Nej
16. **Har du tandbesvär nu**
 - a. Ja mycket
 - b. Ja, lite
 - c. Nej
17. **Om du undviker tandvård eller bara besöker tandvården om du har ont: Varför gör du det**
Ringa in ett eller flera alternativ
 - a. Jag undviker inte tandvård
 - b. Jag är rädd för att det ska göra ont
 - c. Jag är rädd för att tandläkaren ska hitta något fel
 - d. Jag är rädd för att tandläkaren ska se att jag har en ätstörning
 - e. Jag är rädd för att det ska kosta pengar
 - f. Jag vet inte vad som ska hända
 - g. Annat:.....
18. **Hur har du löst dina tandvårdskostnader**
Ringa in ett eller flera alternativ
 - a. Har inte betalat något då jag är under 20 år
 - b. Har inte fått någon tandvård
 - c. Har betalat själv
 - d. Har lånat pengar
 - e. Någon anhörig eller mina föräldrar har betalat
 - f. Socialförvaltningen har betalat
 - g. Försäkringskassan har givit mig extra stöd

19. När fick du din ätstörning första gången
 a. För månader/år sedan
 b. Annat:.....
20. Föredrar du manlig eller kvinnlig tandläkare
 a. Jag föredrar en kvinnlig
 b. Jag föredrar en manlig
 c. Det spelar ingen roll
21. Hur upplever du din egen tandhälsa
 a. Bra
 b. Ganska bra
 c. Inte så bra
 d. Dåligt
 e. Mycket dåligt
22. Tycker du att Dina tänder ändrat sig efter det att du fått en ätstörning. (Gäller ej för dig som just växlat mjölkttänderna). Ringa in ett eller flera alternativ
 a. Jag tycker att jag har bättre tänder nu
 b. Jag tycker inte att det är någon skillnad
 c. Mina tänder är mer slitna nu
 d. Jag tycker mina tänder blivit vassa
 e. Jag tycker mina tänder blivit gulare
 f. Bettet har ändrat sig
 g. Mer håll i tänderna
 h. Mer tandkötsblödning
 i. Annat:.....
23. Tycker du dina tänder är slitna
 a. Ja, mycket slitna
 b. Ja, ganska slitna
 c. Ja, lite slitna
 d. Nej, inte alls
24. Tror du att du behöver behandling för slitna tänder
 a. Ja
 b. Nej
 c. Vet ej
 d. Jag har redan fått behandling för slitna tänder
25. Har du haft tandställning
 a. Nej
 b. Nej, men jag borde ha haft det
 c. Ja, men jag slutförde inte behandlingen
 d. Ja
26. Vem gjorde dig först medveten om att du har en ätstörning
 a. Jag förstod själv
 b. Förälder
 c. En anhörig/vän
 d. Tandvården
 e. Sjukvården
 f. Skol-studenthälsovården
 g. Övrigt:.....
27. Vem tog en första kontakt med Eriksbergsgården
 a. Jag själv
 b. Förälder
 c. En anhörig/vän
 d. Tandvården
 e. Sjukvården
 f. Skol-studenthälsovården
 g. Annat:.....
28. Om dina tänder isar/smärtar i vilket/vilka sammanhang sker detta
 Ringa in ett eller flera alternativ
 a. Mina tänder isar eller smärtar sällan /aldrig
 b. Alltid, även då jag inget gör
 c. När jag äter sött /surt/ det mesta
 d. När jag tuggar
 e. När jag dricker kallt
 f. När jag dricker varmt
 g. Vid tandborstning
 h. Vid kräkning
 i. På morgonen
 j. På dagen
 k. På natten
 l. Om jag är ute i kyla
29. Vem upptäckte dina tandproblem
 a. Jag har inga tandproblem
 b. Jag själv
 c. Tandvården
 d. Någon annan ange vem:.....
30. Vet din tandläkare att du har en ätstörning
 Ringa in ett eller flera alternativ
 a. Ja, jag har själv berättat det
 b. Ja, tandläkaren frågade och jag sa att det stämde
 c. Nej, tandläkaren frågade men jag sa att det inte stämde
 d. Nej, jag har varit där men tandläkaren har inte sagt något
 e. Nej, jag tycker inte att jag behöver berätta det
 f. Jag vet att jag borde berätta men har inte gjort det
 g. Jag har inte varit hos tandläkaren
31. Har du fått information om hur dina tänder kan påverkas av en ätstörning
 Ringa in ett eller flera alternativ
 a. Nej, jag har inte fått någon information
 b. Ja, från min tandläkare
 c. Ja, från min tandhygienist
 d. Ja, från personal på ätstörningsmottagningen
 e. Ja, jag har fått information från tidningar och TV
 f. Ja, jag har fått information från annat håll, ange från var:

32. Hur många gånger i veckan brukar du träna fysiskt
 a. när du mår ganska bra i din ätstörning
 i. gånger/v/mån
 b. när du mår dåligt i din ätstörning
 i. gånger/v/mån

Ringa in ett alternativ	Sällan eller Aldrig	En till flera ggr per månad	En till flera ggr per vecka	Varje dag, av och till	Varje dag, hela tiden
33. Har du besvär av huvudvärk	1	2	3	4	5
34. Känner du dig tung i huvudet	1	2	3	4	5
35. Har du smärta eller värk i ansikte och/eller käkar	1	2	3	4	5
36. Gör det ont när du rör underkäken och tuggar	1	2	3	4	5
37. Har du en klump i halsen	1	2	3	4	5
38. Har du svårt att gapa/bita över en stor tugga	1	2	3	4	5
39. Är du trött i käkarna	1	2	3	4	5
40. Knäpper det från käkarna	1	2	3	4	5
41. Har du skrapljud från käkarna	1	2	3	4	5
42. Hoppar underkäken ur led och/eller låser sig	1	2	3	4	5
43. Gnider, pressar eller gnisslar du tänder under dagen	1	2	3	4	5
44. Gnider, pressar eller gnisslar du tänder under natten	1	2	3	4	5
45. Pressar du tungan mot tänderna/ gommen under dagen	1	2	3	4	5
46. Pressar du tungan mot tänderna/ gommen under natten	1	2	3	4	5
47. Har du svårt att tugga	1	2	3	4	5
48. Tuggar du tuggummi	1	2	3	4	5
49. Är du yr i huvudet	1	2	3	4	5
50. Har du svårt att koncentrera dig	1	2	3	4	5
51. Har du susningar eller ringningar i öronen	1	2	3	4	5
52. Har du svårt att sova	1	2	3	4	5
53. Är du spänd i käkarna när du vaknar på morgonen	1	2	3	4	5
54. Snarkar du	1	2	3	4	5
55. Har du problem från dina tänder	1	2	3	4	5
56. Hur ofta isar/smärtar dina tänder när du äter	1	2	3	4	5
57. Hur ofta isar/smärtar dina tänder om du dricker kallt	1	2	3	4	5
58. Hur ofta isar/smärtar dina tänder om du dricker varmt	1	2	3	4	5
59. Besväras du av kväljningar	1	2	3	4	5
60. Tycker du själv att du är torr i munnen	1	2	3	4	5
61. Smakar det illa i din mun	1	2	3	4	5
62. Tror du att du luktar illa ur munnen	1	2	3	4	5
63. Har du beläggningar på tungan	1	2	3	4	5
64. Svider eller bränner det i munnen	1	2	3	4	5
65. Svider eller bränner det på tungan	1	2	3	4	5
66. Brukar du ha blåsor i munnen	1	2	3	4	5
67. Har du sår i munnen	1	2	3	4	5
68. Har du sår i mungiporna	1	2	3	4	5
69. Blöder ditt tandkött	1	2	3	4	5
70. Har tandbesvär <u>påverkat</u> vad du äter och dricker det senaste året	1	2	3	4	5
71. Har tandbesvär <u>hindrat</u> dig från att äta/dricka det senaste året	1	2	3	4	5

72. Använder du bettskena

- a. Ja
- b. Tidigare men inte nu
- c. Nej

73. Om du använt/använder bettskena varför har du i så fall gjort det Ringa in ett eller flera alternativ

- a. Jag har inte använt bettskena
- b. Mina tänder var/är slitna
- c. Gnisslar eller pressar tänder
- d. Pga. värk i huvud ansikte eller käkar
- e. Ont i munnen eller tungan
- f. Annat:.....

74. Besvärar du av kväljningar

- a. Ja
- b. Tidigare men inte nu
- c. Nej

75. Om du besvärar av kväljningar: när besvärar du

Ringa in ett eller flera alternativ

- a. Jag besvärar inte av kväljningar
- b. Vid tandborstning
- c. När jag äter
- d. När jag har ätit
- e. När jag dricker
- f. När jag har druckit
- g. Vid vissa lukter
- h. Speciell mat
- i. I samband med tandvård
- j. När jag mår dåligt i min ätstörning
- k. Annat:.....

Hur andas du på:

	Genom			
	Munnen	Näsan	Mun och näsa	Vet ej
76. Dagen när du är vaken				
77. Natten när du sover				

Hur ofta, hur länge, med vilken tandkräm och med hur mycket tandkräm borstar du tänderna i perioder:

	Ant. gånger (per dygn)	Hur länge (min)	Tandkräm (namn)	Centimeter Tandkräm
78. När Du mår <u>ganska bra</u> i din ätstörning				
79. När du mår <u>dåligt</u> i din ätstörning				

Vilken borstmetod använder du vid tandborstning när:

	Ingen speciell	Upp-och-ned (vertikalt)	Fram-och-tillbaka (horisontellt)	Kombination av Upp-och-ned & Fram-och-tillbaka
80. Du mår <u>ganska bra</u> i din ätstörning				
81. Mår <u>dåligt</u> i din ätstörning				

När borstar du dina tänder när:

Kryssa för ett eller flera alternativ	Borstar inte tänderna	Morgon	Kväll	Natt	Före kräkning	Under kräkning	Efter kräkning	Före måltid	Efter måltid
82. Du mår <u>ganska bra</u> i din ätstörning:									
83. Mår <u>dåligt</u> i din ätstörning									

84. Sköljer du munnen med något efter tandborstning (munvatten etc.)
 a. Nej
 b. Ja med.....
85. Vilken typ av tandborste använder du
 a. Vanlig tandborste
 b. El-tandborste
86. Rengör du mellan tänderna
Ringa in ett eller flera alternativ
 a. Nej, inte alls
 b. Ja, med tandtråd
 c. Ja, med tandsticka
 d. Ja med mellanrumsborste
 e. Annat.....
87. Hur ofta rengör du mellan tänderna
 a. Jag rengör inte mellan tänderna
 b. Dagligen
 c. Några gånger i veckan
 d. Någon gång i veckan
 e. Varje månad eller mer sällan
88. Hur ofta använder du fluor förutom den fluor som finns i tandkräm
 a. Inte alls
 b. Dagligen
 c. Flera gånger dagligen
 d. Varje vecka
 e. Flera gånger i veckan
 f. Varje månad
89. Om du använder fluor:
 Vilket/vilka fluorpreparat använder du då
Ringa in ett eller flera alternativ
 a. Nej, jag använder inte fluor
 b. Ja, tandkräm med fluor
 c. Ja, fluorsköljning
 d. Ja, fluortabletter
 e. Ja, fluortuggummi
 f. Ja, fluor i speciella skedar
90. Om du använder fluor:
 Vem har rekommenderat dig att använda fluor
 a. Jag använder inte fluor
 b. Tandläkare
 c. Tandhygienist
 d. Sjukvårdspersonal
 e. Media
 f. Annat.....
91. Använder du salivstimulerande medel
 a. Nej
 b. Ja, vilket typ.....
92. Hur ofta använder du salivstimulerande medel
 a. Jag använder inte salivstimulerande
 b. Dagligen
 c. Varje vecka
 d. Någon gång i månaden/aldrig
93. Om du använder salivstimulerande:
 Vem har rekommenderat dig att använda detta
 a. Jag använder inte salivstimulerande
 b. Tandläkare
 c. Tandhygienist
 d. Sjukvårdspersonal
 e. Media
 f. Annat.....
94. Hur känns ytan på dina tänder
 a. Inget speciellt
 b. Glatt
 c. Sträv
 d. Trasiga
 e. Annat:.....
95. Om du svullnar nedanför örat: Hur ofta och hur mycket (dvs. svullnad i den körteln man kan få påssjuka i)
 a. Jag svullnar inte upp nedanför örat
 b. Hur ofta
 c. Hur länge.....
96. Är det båda sidor som svullnar nedanför örat
 a. Ingen sida svullnar upp
 b. Bara ena sidan
 c. Båda sidor
 d. Ibland en ibland båda sidor
97. Hur upplever du att det svullnar nedanför örat
 a. Det svullnar inte upp
 b. Jag bryr mig inte om det
 c. Jag tycker det känns klumpigt
 d. Jag tycker det är fult
 e. Jag blir orolig för att det kanske kan vara farligt
 f. Annat.....
98. Om du svullnar upp under hakan: Hur ofta och hur mycket svullnar det under hakan
 a. Jag svullnar inte upp under hakan
 b. Hur ofta
 c. Hur länge.....
99. Hur upplever du att det svullnar under hakan
 a. Det svullnar inte upp
 b. Jag bryr mig inte om det
 c. Jag tycker det känns klumpigt
 d. Jag tycker det är fult
 e. Jag blir orolig för att det kanske kan vara farligt
 f. Annat.....
100. Är det båda sidor som svullnar under hakan
 a. Ingen sida svullnar upp
 b. Bara ena sidan
 c. Båda sidor
 d. Ibland en ibland båda sidor

Hur mycket och vad brukar du dricka

	När du mår				Anm.
Dryck	<u>ganska bra</u> i din ätstörning		<u>dåligt</u> i din ätstörning		Anm.
	ml	Hur ofta/dag/v	ml	Hur ofta/dag/v	
Cola-drycker:					
101. Light					
102. Med socker					
Annan läsk:					
103. Light					
104. Med socker					
105. Sportdryck:					
106. Äppelcidervinäger:					
Juice:					
107. Typ					
Näringsdryck:					
108. Typ					
Te:					
109. Typ av te:					
110. Utan socker					
111. Med socker					
Kaffe:					
112. Utan socker					
113. Med socker					
114. Mjölk					
115. C-vitamin brus					
116. Vitamin brus					
117. Vatten					
118. Frukt	Ant./dag/v		Ant./dag/v		Anm.
119. Äpple					
120. Päron					
121. Apelsin					
122. Citron					Suger ja ☐ nej ☐
123. Mandarin					
124. Grape					
125. Banan					
126. Annat:					

127. Har du tidigare, mer än 1 år tillbaka, ätit/druckit mycket av ovanstående

Ange vad och hur mycket.....

	Ja	Nej
128. Tror du att <u>vanlig läsk</u> (med socker) kan skada dina tänder		
129. Tror du att <u>light läsk</u> (utan vanligt socker) kan skada dina tänder		
130. Tror du att <u>fruktjuice</u> kan skada dina tänder		
131. Tror du att <u>sportdryck</u> kan skada dina tänder		
132. Tror du att <u>frukt</u> kan skada dina tänder		
133. Tror du att <u>godis</u> kan skada dina tänder		
134. Har du fått särskild förebyggande tandbehandling/råd pga. av din ätstörning		
135. Tycker du att du fått mycket tandbehandling jämfört andra i din ålder		
136. Har du blekt dina tänder		
137. Har du haft perioder på minst 6 månader då du varit utan symptom från din sjukdom:		
138. Har du besökt tandvården sedan du fick din ätstörning		
139. Behöver du behandling för isningar/smärta i tänderna		
140. Har du förtroende för tandvården		
141. Tror du att tandborstning <u>efter att du druckit juice</u> kan skada dina tänder		
142. Tror du att tandborstning <u>efter att du druckit light läsk</u> kan skada dina tänder		
143. Tror du att tandläkaren kan se i munnen att du har en ätstörning		
144. Tror du att det kan vara dåligt för munnen att inte äta/dricka		
145. <u>Kräkning</u> kan skada dina tänder		
146. Tandborstning <u>efter kräkning</u> kan skada dina tänder		

När du mår ganska bra i din ätstörning, vad dricker du till:

Vad dricker du till	Produkt	Hur mycket (ml)
147. Frukost		
148. Lunch		
149. Middag		
150. Kvällen		
151. Under natten		
152. Mellan måltiderna		
153. Under träning		
154. Efter träning		
155. Hur många mål mat äter du /dag		

När du mår ganska bra i din ätstörning:

Hur ofta äter du	Sällan eller Aldrig	En till flera ggr per månad	En till flera ggr per vecka	Dagligen	Flera ggr dagligen
156. Godis	1	2	3	4	5
157. Kakor/bullar/kex	1	2	3	4	5
158. Hård ost	1	2	3	4	5
159. Filmjolk/yoghurt	1	2	3	4	5

160. När du mår ganska bra i din ätstörning: Hur ofta äter du

- a. Frukost gång/vecka
- b. Lunch.....gång/vecka
- c. Middag.....gång/vecka
- d. Mellanmål.....gång/vecka

När du mår dåligt i din ätstörning, vad dricker du till:

Vad dricker du till	Produkt	Hur mycket (ml)
161. Frukost		
162. Lunch		
163. Middag		
164. Kvällen		
165. Under natten		
166. Mellan måltiderna		
167. Under träning		
168. Hur många mål mat äter du /dag		

När du mår dåligt i din ätstörning:

Hur ofta äter du	Sällan eller Aldrig	En till flera ggr per månad	En till flera ggr per vecka	Varje dag, av och till	Varje dag, hela tiden
169. Godis	1	2	3	4	5
170. Kakor/bullar/kex	1	2	3	4	5
171. Hård ost	1	2	3	4	5
172. Filmjolk/yoghurt	1	2	3	4	5

173. När du mår dåligt i din ätstörning: Hur ofta äter du

- a. Frukost gång/vecka
- b. Lunch.....gång/vecka
- c. Middag.....gång/vecka
- d. Mellanmål.....gång/vecka

174. Om du är vegetarian, vilken typ och hur länge har du varit det

- a. Jag är inte vegetarian
- b. Ja, jag är sedan.....år/månader
- c. Jag har varit vegetarian tidigare
- Typ.....
- Tid.....år/månader

176. Har du tidigare framkallat kräkningar själv

- a. Ja
- b. Nej

177. Brukar du ibland helt förlora kontrollen över vad och hur mycket du äter

- a. Ja
- b. Nej

175. Framkallar du kräkningar själv

- a. Ja
- b. Nej

178. Om du förlorar kontrollen över vad och hur mycket du äter
 a. Jag förlorar inte kontrollen
 b. Vad är det du oftast äter då

 c. Vad är det du oftast dricker då

179. Om du förlorar kontrollen över vad och hur mycket du äter: Ungefär hur lång tid "per gång" gör du det
 a. Jag förlorar inte kontrollen
 b. Ungefär.....min.....timmar
180. Ungefär under hur lång "tidsperiod" har det hänt att du förlorat kontrollen över vad och hur mycket du äter
 a. Antal år månader.....
181. Vad gör du efter det att du ätit okontrollerat
 a. Jag äter inte okontrollerat
 b.
182. Under hur lång tidsperiod har det förekommit att du själv framkallat kräkning

183. Hur många gånger om dygnet har du kräkt det senaste halvåret
 a. gångar per dygn.....per vecka...
 per månad.....
184. Hur många gånger om dygnet har du kräkt när du mår som sämst
 a. gångar per dygn...per vecka....per månad
185. Hur många gånger om dygnet borstar du tänderna i perioder av kräkning
 a. gångar per dygn...per vecka....per månad

186. Hur lång tid efter det att du ätit brukar du oftast kräkas
 a. Inom 15 min
 b. Inom 30 min
 c. Inom en timme
 d. Inom två timmar
 e. Inom tre timmar
 f. Efter mer än tre timmar
 g. Annat.....
187. Hur framkallar du kräkning
 a. Fingrar i halsen
 b. Kan göra med magen så att jag kräks
 c. Vet ej - mår bara illa och kräks
 d. Annat

188. Hur många gånger kräks du om du förlorat kontrollen över vad/hur mycket du äter

189. Hur känns det i munnen efter kräkning

190. Vad gör du med munnen efter en kräkning
Ringa in ett eller flera alternativ
 a. Sköljer med vatten
 b. Sköljer med fluor
 c. Dricker Cola
 d. Tar en tablett
 Med socker ☐ Utan socker ☐
 e. Borstar tungan
 f. Borstar tänderna
 g. Jag gör ingenting
 h. Dricker kaffe
 i. Annat:.....

191. Om du sköljer i samband med kräkning:
Vad är det du sköljer
 a. Jag sköljer inte
 b. Munnen
 c. Magen
 d. Munnen och magen
 e. Annat.....

192. Om du sköljer:
Med vad sköljer du oftast
 a. Jag sköljer inte
 b. Vatten
193. Hur mycket vätska/dricka sköljer du med
 a. Ungefär:.....

194. Om du sköljer i samband med kräkning:
Varför gör du det
 a.

195. Om du borstar tänderna efter kräkning varför gör du detta
 a. Jag borstar inte tänderna efter kräkning
 b. För att få bättre smak i munnen
 c. För att mina tänder inte ska bli förstörda
 d. För att jag inte ska lukta illa ur munnen
 Annat.....

196. Om du borstar tänderna efter kräkning med vilken och med hur mycket tandkräm borstar du då

Hur länge (min)	Tandkräm (namn)	Centimeter Tandkräm